



# Expérience en FAM/MAS

## Audits sur la maîtrise du risque infectieux



Prévention des infections  
associées aux soins en  
établissements médico-sociaux

Jeudi 16 novembre 2017



**SONNENHOF**  
Fondation Protestante

# Sommaire

- 1 – Présentation de la Fondation Sonnenhof**
- 2 – Mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social**
- 3 – Retour d'expérience sur la conduite de la démarche d'analyse du risque infectieux**
- 4 – Quelques exemples d'actions mises en place**



# 1 – Présentation de la Fondation Sonnenhof

# La Fondation Protestante Sonnenhof

- Créée en 1876
- Œuvre depuis 140 ans à la prise en charge des personnes en situation de handicap mental
- Gère 23 établissements et services implantés dans 9 communes du Bas Rhin
- Accueille et accompagne environ 1090 personnes déficientes intellectuelles, autistes ou polyhandicapées de l'enfance jusqu'à la fin de vie, ainsi que des personnes âgées dépendantes
- Emploie 710 salariés



Pôle Juniors	 1 IME « Louise Scheppler »	 140 places
	 1 SESSAD « Ried Nord »	 27 places
Pôle Adultes Hébergement	 1 FAS / FAM « G. Stricker »	 70 / 18 places
	 1 FAS + Centre de Vacances Adapté « T. Monod »	 21 places
	 Foyers d'Hébergements « J.-F. Oberlin »	 90 places
	 Logements Foyers « Les Horizons / A. Berckheim »	 20 / 22 places
	 1 SAVS « L'Envol »	 31 places
Pôle Adultes Médicalisé	 1 MAS « D. Bonhoeffer »	 53 places
	 1 MAS « C. Zell »	 77 places
	 1 FAM « P. Valdo »	 45 places
Pôle Travail Adapté	 1 ESAT « Ateliers du Sonnenhof »	 275 places
	 1 Entreprise Adaptée	 50 places
Pôle Séniors	 1 FAM pour PH vieillissantes « M. Durand »	 40 places
	 1 EHPAD « Maison Bethlehem »	 205 places
	 1 EHPAD « Le Diaconat »	 62 places
Service de Soins / SASP	 Infirmerie / Service d'Accompagnement et de Soins Permanents	 4 / 4 places



## 2 – Mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social

# La mise en œuvre du ropias dans le secteur médico-social - 2016/2018

*Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016*

- ▶ **Enjeu** : Mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents et du personnel
- ▶ **Option retenue** : Promouvoir une démarche d'analyse du risque formalisée dans le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) qui permette à chaque établissement d'**évaluer** le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'**apprécier son niveau de maîtrise** de ce risque afin d'**élaborer** (ou adapter) **son programme d'actions**
- ▶ **Outil proposé** : Manuel d'autoévaluation + application informatique créés par

le  GREPH  
GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

# Une démarche d'analyse du risque infectieux en 3 étapes

*Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016*

- ❑ Recenser les épisodes infectieux survenus au cours des 3 dernières années
- ❑ Déterminer leur criticité
- ❑ Hiérarchiser les épisodes infectieux selon leur criticité décroissante



- ❑ A chaque étape
- ❑ Sur les résultats obtenus
- ❑ Sur les réajustements du plan d'actions

A destination de :

- ❑ Professionnels
- ❑ Résidents/usagers
- ❑ Familles
- ❑ Bénévoles
- ❑ Partenaires

- ❑ Analyser le niveau de maîtrise du risque
- ❑ Elaborer le programme d'actions prioritaires
- ❑ Fixer le calendrier de réalisation à 2 ou 3 ans
- ❑ Prévoir la périodicité des évaluations du programme

# La mise en œuvre du ropias dans le secteur médico-social - 2016/2018

programme national d'actions de prévention  
des infections associées aux soins

*Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016*

La montée en charge dans le secteur médico-social sera réalisée de **façon progressive**.

- Sont concernés :
- les EHPAD
  - les MAS / FAM
  - les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.

 Jusqu'à fin 2018 pour élaborer le DARI et formaliser le plan d'actions prioritaires.

 Jusqu'à fin 2017 pour former le personnel en contact avec les usagers à la prévention du risque de transmission croisée (précautions standard / gestion des excréta).

A terme, ce sont tous les établissements et services médico-sociaux qui seront concernés.



# 3 – Retour d'expérience sur la conduite de la démarche d'analyse du risque infectieux

# Constitution d'une équipe d'experts / auditeurs

## Eric FURST - Cadre de santé & Resp. Hygiène et Soins



II-4 Gestion des déchets



III. Gestion du matériel de soins



IV. Gestion des soins



**Pilotage et coordination de la démarche Hygiène et Soins**



V. Les vaccinations contre les infections respiratoires



VI. Gestion des risques épidémiques



VII. Prévention des AES



## Anne STEYER - Qualificienne



I. Moyens de prévention dans l'établissement



II-1 Entretien des locaux



II-3 Gestion du linge



**Appui et soutien méthodologique**



## Jean-Marc SIAT - Resp. Restauration



II-2 Hygiène en restauration



## Daniel DAEFFLER – Resp. Bâtiments – Travaux Neufs



II-5 Gestion de la qualité de l'eau

# Lancement de la démarche



Rdv avec le responsable d'établissement / chef de service

- Présenter la démarche et la méthodologie proposée.
- Rappeler que l' "Audit DARI" est une évaluation de l'**organisation et des moyens** mis en œuvre et non **pas des pratiques**.
- S'assurer de son **engagement dans la démarche**.
- Déterminer les personnes à auditer.
- Constituer un comité de pilotage composé au minimum de : responsable d'établissement / chef de service, médecin, IDEC.
- Planifier l'audit (sur une demi-journée).



Lancer la démarche en réunion d'établissement pour toucher l'ensemble des professionnels et témoigner de l'engagement de la direction.

# Evaluation du risque infectieux

 Etape non formalisée ➔ Pas de dispositif permettant d'enregistrer et de suivre les cas d'infection à potentiel épidémique.



Profiter de l'audit DARI pour activer la mémoire des professionnels de terrain sur la survenue et la gestion des épisodes infectieux.



- *Des épisodes infectieux se sont déjà produits dans l'établissement ?*
- *Ont-ils touchés les résidents ? le personnel ?*
- *Quelles ont été les conséquences ?*
- *Quelles mesures ont été prises pour contenir l'épidémie ? Ont-elles été suffisantes ?*
- *Si un tel épisode devait se reproduire, quelles mesures pourraient être mises en place pour mieux le maîtriser ?*

  Prise de conscience individuelle / collective du risque infectieux dans l'établissement.

Recueil d'informations précieuses pour construire un dispositif de gestion des infections à potentiel épidémique facile et faciliter son déploiement.

# Réalisation de l' "Audit DARI"



Equipe Auditeurs



Réunion d'ouverture avec le comité de pilotage.



Réalisation de l'audit à l'aide du manuel d'autoévaluation créée par le



**Ne pas limiter l' "Audit DARI" à un audit documentaire en salle de réunion** mais en **faire un audit de terrain pour associer les professionnels en situation de travail.**



- Les sensibiliser et leur faire comprendre le sens du travail engagé.
- Les associer dès le départ pour en faire des acteurs de la démarche.
- Avoir une vision globale de leurs pratiques.
- Recueillir leurs suggestions d'amélioration, difficultés rencontrées, ...
- Identifier les spécificités de l'établissement (configuration des locaux, organisation, équipements, ...).



Réunion de clôture avec le comité de pilotage : bilan et constats.

# Formalisation du rapport d' "Audit DARI"



Saisie des résultats sur l'application informatique



créée par le



Rédaction d'un rapport détaillé comportant :

- le score total des points obtenus avec un récapitulatif des scores d'objectifs totaux par chapitre ;
- pour chacun des 7 chapitres du manuel :
  - une extraction des scores d'objectifs atteints ;
  -  un résumé de l'organisation mise en place accompagné des points forts et des points faibles ;
  -  les suggestions d'amélioration, difficultés rencontrées, remarques recueillies lors de l'audit ;
  -  des photos pour faciliter la compréhension de certaines problématiques ;
- en annexe, les fiches du manuel d'auto-évaluation (en annexe).

# Bilan de l'utilisation de l'outil

créé par le GREP<sup>H</sup>

GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

-  Simplicité d'utilisation
-  Prise en compte de l'ensemble des domaines inhérents à la maîtrise du risque infectieux
-  Résultats sous forme de scores en % d'objectifs atteints permettant :
  - Mettre en évidence les points forts/faibles
  - Valoriser les progrès accomplis
-  Consolidation possible des résultats pour dégager des axes d'amélioration transversaux
-  Solide base de travail pour l'élaboration du plan d'actions

-  Surévaluation de l'existence des procédures aux dépens des pratiques
-  Décalage entre les scores obtenus et les pratiques observées (image parfois trompeuse de la réelle maîtrise du risque)
-  Risque de démotivation à la lecture des résultats

# Déploiement des actions d'amélioration



Des équipes de direction maîtres du déploiement de la démarche dans leur établissement



Des acteurs Fondation qui s'adaptent à chaque établissement (niveau de maîtrise du risque infectieux, organisation, besoins, moyens) en leur proposant un déploiement à la carte :



Réalisation du DARI



Point de départ d'une démarche d'amélioration continue



Accompagnement  
Soutien  
méthodologique



Aide à l'élaboration du plan  
d'actions Etablissement



Plan d'actions Fondation  
(actions transversales)



Réactualisation  
annuelle du DARI



Réalisation d'audits  
ciblés / quick-audits



Suivi d'indicateurs

Communication



Formalisation des  
bonnes pratiques



Sensibilisation  
Formation



Accompagnement  
Soutien méthodologique

# Contraintes identifiées pour la mise en œuvre du ropias à la Fondation

programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

- Un risque infectieux sous-estimé.
- Une culture éducative prédominante et la crainte d'une « sanitatisation » du secteur / médicalisation des groupes de vie.
- Un vocabulaire d'origine sanitaire non partagé (précautions standard, précautions complémentaires, mesures de contrôle).
- L'absence de relais spécialisés en hygiène dans les établissements.
- La configuration des locaux et les contraintes architecturales (circuit linge propre/linge sale, vidoir pour la gestion des excréta, ...).
- Le manque de moyens (humains, financiers, temps).
- Un nombre important de projets d'amélioration en cours.
- Une démarche qualité vécue comme lourde et chronophage et une crainte du "tout-procédure".



## 4 – Quelques illustrations d'actions mises en place



# Formalisation des bonnes pratiques

Des instructions de travail courtes : 1 recto de préférence – 1 recto/verso au maximum.

Une mise en page soignée pour donner envie de lire.

L'utilisation de **codes couleurs**, de **pictogrammes**, de **schémas** pour donner des repères et introduire un vocabulaire nouveau / très peu utilisé dans les EMS.

Mesures d'hygiène de base et  
Précautions Standard  
A appliquer en continu



Précautions complémentaires  
A appliquer autour de chaque résident  
atteint d'infection à potentiel épidémique



Mesures de contrôle  
A définir en présence d'un épisode de  
cas groupés

# PRECAUTIONS STANDARD



Tout professionnel applique les **Précautions Standard** **pour tout résident** quel que soit son statut infectieux ...

En cas d'**Accident d'Exposition au Sang**, suivre la conduite à tenir



Éliminer les **Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux** en suivant le circuit des DASRI

**Si Objet piquant, coupant, tranchant :**

- A éliminer immédiatement dans un collecteur DASRI adapté, situé au plus près des soins, en respectant son niveau de remplissage
- Ne pas recapuchonner les aiguilles et ne pas les désadapter à la main



**Transporter les Prélèvements biologiques, déchets et linge souillés** dans un emballage étanche et fermé et en respectant les différents circuits



**Gestion des excréta**

Transport du bassin avec un couvercle



Si lave-bassins : y déposer directement le bassin (ou urinal) plein.



En l'absence de lave-bassins, **ne pas utiliser de douche** (risque d'aérosolisation) lors du nettoyage-désinfection après vidange



**Matériel réutilisable souillé**

A manipuler avec précaution et à nettoyer dès la fin du soin avec le détergent désinfectant Médi Prop Surf



Réaliser une **Hygiène des mains**

Choisir les **Equipements de protection individuelle** en fonction du risque de projection ou de contact :



► **Gants**



► **Tablier à usage unique**



► **Masque**



► **Lunettes de protection**

**Sol et surfaces souillés**

Éliminer les souillures avec un papier absorbant à usage unique puis nettoyer immédiatement avec le détergent désinfectant Médi Prop Surf



# PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES de type CONTACT



En complément de l'application stricte  
des **PRECAUTIONS STANDARD**

## GESTION des DECHETS

A évacuer au moins une fois par jour.

Circuit habituel : DAOM ou DASRI, selon la nature des déchets.

Fermer les sacs hermétiquement avant de les sortir de la chambre.



## GESTION du LINGE SALE



Tri habituel pour les sacs blancs et bleus. Les placer dans un sac plastique transparent si le linge est souillé.



Utiliser les sacs blancs rayés marrons à la place des sacs rouges et les déposer dans un sac plastique transparent.

## GESTION des EXCRETAS

- Autant que possible, nettoyer après chaque utilisation les sanitaires collectifs utilisés par le résident infecté.
- En présence d'un lave-bassins : transporter le bassin (ou l'urinal) avec le couvercle et le mettre directement dans le lave-bassins.
- En l'absence d'un lave-bassins : après chaque utilisation, évacuation dans le local vidoir (sinon dans les toilettes, bien que non recommandés) puis nettoyage immédiat avec le détergent-désinfectant "Médi Prop Surf".

**L'utilisation d'une douchette est strictement interdite.**

Mise en place  
des Précautions  
Complémentaires de type Contact  
... pour prévenir  
la transmission par les mains  
et l'environnement



Leur mise en place et leur levée se font sur prescription/validation médicale

## ENTRETIEN des SOLS et SURFACES

A réaliser au moins une fois par jour.

Suivre la procédure habituelle d'entretien, en utilisant le détergent-désinfectant "Médi Prop Surf".

Les lavettes et bandeaux de lavage de sol doivent impérativement être utilisés pour une seule chambre. Insister sur les surfaces manuportées.



## HYGIENE des MAINS

A réaliser après tout contact avec le résident et son environnement et systématiquement avant de sortir de la chambre.



## EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE :

### ► TABLIER A USAGE UNIQUE

A porter lors de tout contact direct et rapproché avec le résident et son environnement proche.



### ► GANTS à USAGE UNIQUE

A porter selon les Précautions Standard.



### ► MASQUE de SOIN

A porter uniquement si vomissements (selon les Précautions Standard).



Eliminer les **EPI** dans la chambre (filière DAOM) et réaliser une hygiène des mains.

## UTILISATION & ENTRETIEN du MATERIEL

Privilégier l'utilisation de matériel à usage unique (*limiter le stockage dans la chambre aux besoins d'une journée*) ou dédié au résident, jusqu'à la levée des précautions.

Manipuler le matériel réutilisable avec précaution en portant des gants et le nettoyer avec le détergent désinfectant "Médi Prop Surf", après utilisation.



# Dispositif de gestion des infections à potentiel épidémique

Déclaration  
Enregistrement  
Surveillance des cas

- Déclaration interne des cas via un formulaire avec envoi automatique.
- Enregistrement des cas et suivi des courbes épidémiques.
- Déclenchement d'une cellule de crise en présence d'un critère de signalement.

CAT en présence  
de chaque cas isolé

- Création de KITS pour faciliter la mise en place des Précautions Complémentaires.
- Mise en place d'un dispositif de gestion des KITS.

CAT en présence  
d'un épisode de cas  
groupés

- Coordination des actions par la cellule de crise à l'aide d'une checklist (*bilan des mesures mises en place, définition de mesures de contrôle, ...*).
- Signalement externe de l'épisode au Point Focal de l'ARS.

S'améliorer  
Progresser

- Retour d'expérience à la fin de l'épisode de cas groupés.
- Compte-rendu diffusé :
  - en réunion d'établissement ;
  - en CODIR / CODIR Elargi pour capitalisation au niveau Fondation.

# Des KITS pour faciliter le déploiement des Précautions Complémentaires



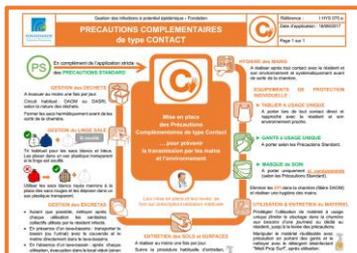
- Information de l'infirmier(e) sur les signes observés chez le résident
- Application stricte des Précautions Standard en attendant le retour de l'infirmier(e)



- Dépôt du Kit Précautions Complémentaires dans le groupe de vie
- Information des équipes et aide à la mise en place des précautions



Affiches plastifiées comprenant l'ensemble des **Précautions Complémentaires** à appliquer



Affiche plastifiée à apposer sur la porte de chambre de chaque résident infecté



Matériel nécessaire à l'application des Précautions Complémentaires



# Merci pour votre attention



Prévention des infections  
associées aux soins en  
établissements médico-sociaux

Jeudi 16 novembre 2017

